



**CITY OF CLEVELAND**  
 Mayor Frank G. Jackson



## Programa de asistencia de chinches de cama

El Departamento de la Senectud de Cleveland cuenta con un nuevo programa para ayudar a los adultos mayores y adultos con discapacidad y de ingresos limitados con la exterminación de chinches de cama en sus hogares.

### PARA CALIFICAR, LOS SOLICITANTES: →

- Deben cumplir con las siguientes pautas de ingresos
- Deben tener 60 año o más de edad o ser un adulto de 18 a 59 años recibiendo un pago por incapacidad
- Deben ser propietarios y vivir en la unidad a tratar
- Deben residir en la ciudad de Cleveland

<b>FAMILIA TAMAÑO</b>	2016 Ingreso anual bruto
1	\$16,300
2	\$18,650
3	\$21,000
4	\$23,300
5	\$25,150
6	\$27,050
Sujeto a cambios	

### SI CALIFICA, ESTO ES LO QUE DEBE HACER:

1. Completar la aplicación en la página siguiente.
2. Presentar un comprobante de propiedad del bien (por ejemplo copia de un recibo del agua).
3. Verificar **todo** el ingreso familiar  
 Este programa está dirigido a adultos mayores y adultos con discapacidad de ingresos bajos de acuerdo al ingreso **total familiar**. Por lo tanto, los participantes deberán verificar su ingreso familiar **anual actual**.
  - Declaración de seguridad social - 1-800-772-1213 para solicitar la prueba
  - Si está empleado actualmente, dos (2) comprobantes de nómina
  - Si no está empleado, una copia de prestaciones por desempleo
4. Enviar la solicitud con la documentación de apoyo al Departamento de la Senectud de Cleveland en 75 Erievew Plaza, 2<sup>do</sup> piso Cleveland OH 44114 o al fax 216.664.2218. Por favor, llámenos al 216. 664.2833 si necesita ayuda para llenar la solicitud.
5. Se programará una inspección para determinar la presencia de chinches de cama y los servicios de exterminación necesarios.
6. El necesario preparar el hogar para los servicios de exterminación como lo indique el servicio de exterminación.
7. La ciudad emitirá la aprobación final para los tipos y la cantidad de tratamientos que se proporcionarán.

Para mayores informes, visite [www.city.cleveland.oh.us/aging](http://www.city.cleveland.oh.us/aging)

Follow us on



# Solicitud para la asistencia con las chinches de cama

Fecha \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Ocupado por el propietario: Sí o No ¿Es una casa de una familia o de dos? \_\_\_\_\_

Si es una unidad con dos familias, ¿quién vive en la segunda unidad? \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (fijo o móvil) \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Número de seguridad social (últimos 4) \_\_\_\_\_

Marque todos los que correspondan  asiático  negro  blanco  nativo americano

Otro \_\_\_\_\_

¿Es usted hispano?  Sí  No

¿Es dueño de otra propiedad? \_\_\_\_\_ Sí o No

¿Tiene embargos o juicios pendientes? \_\_\_\_\_ Sí o No

**Si se aprueban los servicios a través del Programa para la asistencia de chinches de cama del Departamento de la Senectud de Cleveland, es necesario preparar el hogar para los servicios de exterminación. La preparación puede incluir; pero no está limitada a, las siguientes tareas que indica el contratista de exterminio: retirar toda la ropa de cama, desmontar los marcos de las camas, retirar todos los materiales de las mesas de noche y quitar la ropa de los armarios.**

¿Es capaz de preparar su hogar para los servicios de exterminación? \_\_\_\_\_ Sí o No

**Si no**, ¿tiene algún familiar y/o amigos que puedan ayudarle a preparar su hogar? \_\_\_\_\_ Sí o No

## Ingreso mensual del solicitante principal

Empleo: \$ \_\_\_\_\_

Seguridad Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA (veteranos): \$ \_\_\_\_\_

Ingreso por alquiler: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \$ \_\_\_\_\_

**Monto total mensual: \$ \_\_\_\_\_**

## Solicitante secundario (cónyuge o persona en la escritura)

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el propietario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Monto total de ingreso mensual \$ \_\_\_\_\_

**Solicitantes adicionales (integrantes del hogar)** Sí o No; Si responde sí, anote a continuación

### Solicitante adicional

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el propietario: \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

### Solicitante adicional

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el propietario: \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Ingreso total familiar anual \$ \_\_\_\_\_**

Describa el problema de chinches de cama:

He respondido a todas las preguntas de forma honesta y a mi leal saber y entender. Por medio de la presente autorizo al Departamento de la Senectud de la Ciudad de Cleveland para obtener la verificación de la información financiera y de empleo necesaria identificada en este formulario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del solicitante secundario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Departamento de la Senectud de la ciudad de Cleveland**  
**Permiso/Acuerdo de exención de responsabilidad**

Yo, \_\_\_\_\_, soy dueño de la propiedad ubicada en

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (código postal)

Doy permiso al Departamento de la Senectud de la ciudad de Cleveland para dar mi nombre y dirección a los contratistas contratados por la ciudad bajo el Programa de asistencia de chinches de cama y para que los contratistas entren a mi propiedad con el propósito de inspeccionar y exterminar las chinches de cama. Libero a la ciudad de Cleveland de cualquier y toda responsabilidad y compensación y exento a la ciudad de Cleveland y a las unidades de gobierno asociadas con este programa y a sus directores respectivos, síndicos, oficiales, empleados, agentes, representantes y a cualquier otro personal de cualquier y toda responsabilidad, daños, lesiones y cualquier otro daño en relación a este programa. Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas que aplique en el Programa de asistencia con chinches de cama.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
(firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

Usar letra de molde:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de distrito: \_\_\_\_\_



## Divulgación de información Departamento de la Senectud de Cleveland

Yo, \_\_\_\_\_, (su nombre aquí/ por favor letra de molde) reconozco que el Departamento de la Senectud de la ciudad de Cleveland, podría necesitar compartir la información que he proporcionado con otras agencias, por ejemplo, mi nombre, fuentes de ingresos, los servicios que recibo y estado general de salud. Doy mi permiso para que el Departamento de la Senectud comparta esta información con el propósito de ayudarme a recibir el o los servicios que pueda necesitar.

También entiendo que la información recolectada será incorporada a una base de datos confidencial de clientes según se requiera. por una o más de las siguientes agencias: Departamento de la Senectud de Cleveland, Agencia de la Zona de Reserva Occidental de la Senectud y el Departamento de la Senectud de Ohio.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

### Para uso del personal únicamente (para ser completado en ausencia del cliente).

Lo anterior fue leído a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
(nombre del cliente) (fecha)

El cliente accedió verbalmente a la divulgación de la información *Sí* *No*

Certifico que he recibido la autorización verbal anterior:

\_\_\_\_\_  
(firma del representante del Departamento de la Senectud)

\_\_\_\_\_  
(fecha)